

極秘

禁煙外来(禁煙治療)費用補助料請求書

令和 5 年度

年 月 日

神奈川県医療従事者健康保険組合 御中

禁煙外来を受診し成功したので、補助料請求いたします。

| | | | |
|-----------------|------------|------------|--|
| 被保険者勤務先事業所名称 | | | |
| 健康保険被保険者証の記号・番号 | — | | |
| 請求者住所 | 〒 — 電話 () | | |
| 請求者氏名 | 生年月日 | 昭和 年 月 日 才 | 平成 |
| | | | ※受診月に○をつけてください。 受診月(1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12) |

| | | | | |
|---------|---|--|--|----------------|
| 振込先金融機関 | 金融機関コード | 本支店番号 | 預金種別 | 口座番号 |
| | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合 | <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | フリガナ 預金口座名義 |

※振込先金融機関の欄には必ずご記入下さい。

- 請求の際、領収書の添付は不要です。(当組合で、受診状況を確認してお支払いいたします)
- 自己負担分が15,000円を下回る場合は、その自己負担分を補助します。

受付日付印

| 資格チェック | レセプト確認 | 入力 | 支払額 |
|--------|--------|----|-----|
| | | | |